

Een wond van de tong, wel of niet hechten?

Pim Keurlings, Martijn Rutten, Louky van Orsouw, Tong Xi, Bas van den Borne

De huisarts ziet slechts zelden een patiënt met een ernstige laceratie van de tong. Meestal ontstaat deze als gevolg van een epileptisch insult of een val binnenshuis. Mag de huisarts een afwachtend beleid voeren en geneest de wond spontaan, net zoals de meeste andere letsels in de mondholte? Of moet de wond worden gehecht? Aan de hand van twee casus uit de praktijk proberen we deze vragen te beantwoorden. We geven praktische aanbevelingen voor de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost.

CASUS 1

Op het spreekuur verschijnt een 3-jarig meisje. De avond tevoren is ze over enkele blokken gestruikeld en op haar hoofd gevallen. Daarbij heeft ze een snee in de tong opgelopen, die enkele minuten gebloed heeft. Haar moeder belde de huisartsenpost en kreeg het advies af te wachten en te koelen. Moeder is er toch niet gerust op en vraagt de eigen huisarts om alsnog te kijken. Op het dorsum van de tong bevindt zich een (niet bloedende) snijwond van ongeveer 1 cm, waarvan de wondranden fraai aanliggen.

CASUS 2

Enkele weken later ziet dezelfde huisarts een jongen van 6 jaar die is gevallen met zijn skateboard. Hij is met zijn gezicht op een ijzeren stang terechtgekomen en heeft een flink bloedende snijwond in zijn tong. Zijn moeder geeft druk op de tong met een gaasje. De huisarts ziet een snijwond aan de laterale zijde van de tong van 2,5 cm lang en 0,5 cm diep, die wijkt in rust en tot in de spierlaag loopt [figuur 1].

DE TONG IS EEN SPIER

De tong is het meest beweeglijke orgaan in het menselijk lichaam en vervult enkele complexe functies die essentieel zijn in het dagelijks leven. Zo gebruiken we onze tong om te proeven, kauwen, slikken en spreken. Bovendien speelt de tong een belangrijke rol bij het openhouden van de luchtweg. De tong bestaat grotendeels uit spierweefsel, dat is omgeven door een slijmvlieslaag met smaakpapillen. Er zijn vier intrinsieke en vier extrinsieke tongspieren. Voor een optimaal gebruik van de tong is het essentieel dat deze spieren ongeschonden zijn.

TONGLACERATIES

De incidentie van tongletsels is niet bekend, maar ze lijken frequent voor te komen. Meestal gaat het om onschuldige, oppervlakkige verwondingen. Zo bijt iedereen weleens op zijn

Figuur 1

Een snijwond aan de laterale zijde van de tong



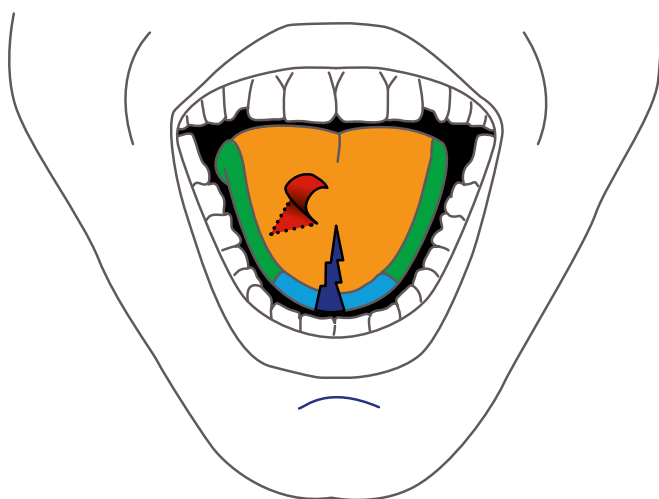
tong tijdens het kauwen. Ernstigere laceraties van de tong zijn zeldzamer.¹ Een belangrijke oorzaak is een epileptisch insult, waarbij meestal de laterale zijde van de tong wordt aangetast.² Daarnaast is er een groep laceraties die door een ongeval worden veroorzaakt, meestal een val binnenshuis.³ Over het algemeen is hierbij het voorste deel van de tong aangedaan, omdat dat zich op het moment van de val tussen de tandenrij bevindt. De bovenzijde van de tong raakt beduidend vaker beschadigd dan de onderzijde.⁴

EERSTE BEOORDELING

Omdat de tong rijklijk gevasculariseerd is, is bij letsel doorgaans sprake van fors bloedverlies. Hierbij ligt luchtwegbedreiging op de loer. Dit is het eerste waar huisartsen aan de hand van ABCDE-systematiek naar moeten kijken.^{5,6} Hierbij moet ook aan eventuele letsels van de cervicale wervelkolom worden gedacht, afhankelijk van het traumamechanisme. Na deze *primary assessment* moet de wond nauwkeurig worden beoordeeld op lokalisatie, grootte, diepte, betrokkenheid van

Figuur 2

Indicaties om bij een patiënt met een tongwond te overleggen met of te verwijzen naar een kno-arts, op basis van expertconsensus



- Wijkende wond* op dorsum indien lengte > 2cm
- Wijkende wond* op tongpunt
- Wijkende wond* op laterale rand (optioneel**)
- Grote wondflap
- Gespleten tongpunt
- Persisterend hevig bloedende wond
- Patiënt met stollingsstoornis

* beoordeel in rust, niet bij uitsteken van de tong

** hechten is optioneel, overleg met kno-arts

spierweefsel, actief bloedverlies en doorloop tot in de onderzijde van de tong. Het is ook belangrijk om hierbij na te gaan of de wond wijkt wanneer de tong zich in de rustpositie bevindt en deze ontspannen in de mond ligt (dus niet bij het uitsteken van de tong). Vervolgens moet spoedig worden besloten of hechten een meerwaarde heeft, want het natuurlijke genezingsproces treedt door de rijke doorbloeding snel in werking.³

WEL OF NIET HECHTEN?

Bij de afweging om wel of niet te hechten is de volgende achtergrondinformatie van belang. Ten eerste vindt hechten van de tong doorgaans (zeker bij kinderen) plaats onder algehele narcose, wat natuurlijk risico's met zich meebrengt. Ten tweede heeft de tong in het algemeen behoorlijke compensatiemogelijkheden. Zo vindt na volledig verlies van de tongpunt of een deel van de laterale tongzijde meestal in de loop van zes maanden wederopbouw plaats door hypertrofie van resterend

weefsel.³ Ten derde is het natuurlijke beloop van primaire wondgenezing vooral bij kinderen gunstig vanwege hun nog onrijpe collageen.

Op basis van deze drie argumenten lijkt terughoudendheid ten aanzien van hechten gerechtvaardigd. Maar in welke situaties is hechten nu wel van toegevoegde waarde voor de genezing en het functieherstel van de tong? We doorzochten hiervoor samen met een medisch informatiespecialist PubMed en Google Scholar (zie het [kader] met de zoekstrategie). De meeste publicaties die alleen casuïstiek bevatten hebben we geëxcludeerd. Er bleven twee retrospectieve onderzoeken met kleine patiëntaantallen en flinke methodologische tekortkomingen over.^{4,7} Helaas leverden deze weinig tot geen relevante informatie op. In de literatuur konden we dus geen wetenschappelijk onderbouwd antwoord op onze onderzoeksvraag vinden.

DE MENING VAN EXPERTS

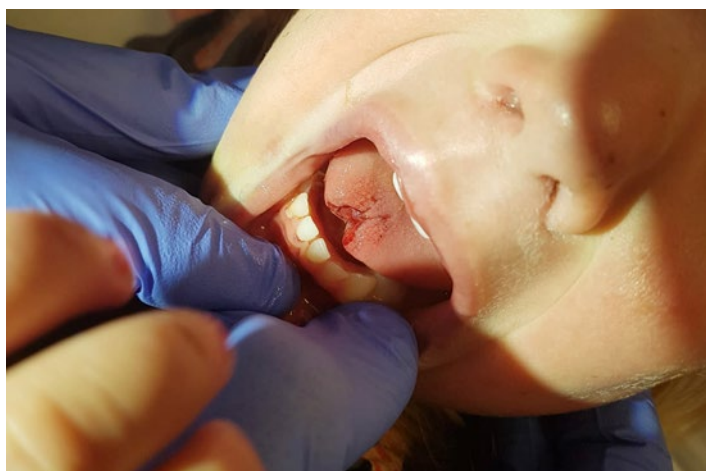
Om huisartsen toch een praktisch houvast te bieden, zijn we op zoek gegaan naar de huidige meningen onder experts (*expert opinion*). We zochten in de beschikbare literatuur naar door (internationale) experts gesuggereerde indicaties om een tongwond te hechten.^{4,5,7} In augustus 2019 organiseerden we een consensusbijeenkomst tijdens een kno-congres in Gent, België.⁸ We stelden een panel van twaalf algemeen kno-artsen samen, acht uit verschillende regio's in Nederland en vier uit België. We legden de hechtindicaties uit de literatuur aan iedere kno-arts individueel voor en scoorden deze. We zagen een grote overeenstemming tussen de verschillende kno-artsen. Na een uitvoerige discussie bereikten ze uiteindelijk een (unanieme) consensus.

PRAKTISCHE HANDREIKINGEN

Het deskundigenpanel adviseert om bij counseling van patiënten uit te leggen dat een afwachtend beleid in veel gevallen tot een cosmetisch en functioneel acceptabele genezing leidt. Pas als sprake is van een van de criteria uit [figuur 2] luidt het

Figuur 3

Een gespleten tongpunt



advies om niet-conservatief te behandelen (zie **figuur 3** voor een voorbeeld van een patiënt met een gespleten tongpunt). Onze ervaring leert dat hechten in de praktijk slechts bij enkele patiënten nodig is omdat de meeste patiënten eenvoudige, kleine snijwonden met niet-wijkende wondranden in rustpositie hebben.

De patiënt krijgt hiervoor een spoedverwijzing naar de kno-arts, die de wond met oplosbare hechtdraad in lagen zal sluiten.³ Zoals eerder gezegd kiezen artsen vaak voor algemene narcose, of (bij volwassenen) lokale infiltratieanesthesie of mandibulaire blokanesthesie. In academische ziekenhuizen en grote perifere centra is ook verwijzing naar de mka-chirurg mogelijk, wat vooral meerwaarde heeft wanneer er ook letsel van de gebitselementen is.

Bij twijfel over de vraag of hechten wel of geen meerwaarde heeft, is het verstandig de kno-arts (of mondziekten, kaak- en aangezichtschirurg) laagdrempelig te laten meedenken, omdat een latere functiebeperking van de tong erg invaliderend kan zijn. Naast medebeoordeling op de polikliniek of SEH is ook telefonisch overleg met fotoconsultatie via Zorgdomein of Siilo mogelijk.⁹

Wanneer de keuze op een conservatief beleid valt, wordt de wond zorgvuldig gespoeld en krijgt de patiënt instructies om hernieuwd bloeden te voorkomen door warme maaltijden en dranken te vermijden. Als de wond toch telkens weer begint te bloeden, is het te overwegen alsnog met de kno-arts te overleggen of naar deze specialist te verwijzen. Door regelmatig met ijsklontjes te blijven koelen is zwelling zo veel mogelijk te voorkomen. Meestal is de wond na vier weken volledig genezen.³ Structurele controle is tijdens deze genezingsperiode niet nodig. De patiënt moet wel terugkomen wanneer de slik- of pijnklachten duidelijk toenemen, omdat dit reden is voor poliklinische medebeoordeling door de kno-arts. Zo moet een secundaire ontstekingsreactie van de wond worden uitgesloten.

VERVOLG CASUS 1

De huisarts weet niet goed of actie is vereist en overlegt met de kno-arts. Samen kiezen ze voor een afwachtend beleid. De huisarts geeft moeder enkele adviezen, waaronder koelen van de wond en één dag geen warme dranken of maaltijden gebruiken. Voor de pijn mag ze paracetamol geven. Wanneer er gedurende de komende weken sprake is van een recidief bloeding of toenemende slik- of pijnklachten, wil de huisarts het meisje terugzien op het spreekuur.

VERVOLG CASUS 2

De huisarts belt opnieuw met de kno-arts, die de wond van de jongen nog dezelfde dag onder algehele narcose hecht.

EPICRISIS

Terugkijkend op de twee casussen heeft de huisarts bij beide patiënten voor een juiste behandeling gekozen, gebaseerd op de consensuscriteria. Bij de eerste casus zou het wellicht beter zijn geweest wanneer het meisje direct was beoordeeld op de huisartsenpost. Vanwege de sterke doorbloeding van de tong en snelle genezingsstendens, is het verstandig om iedere tongwond laagdrempelig te beoordelen, ook tijdens de ANW-dienst. ■

ZOEKSTRATEGIE

PubMed search 1:

```
[Tongue/injuries[Mesh] OR [tongue[Mesh] AND lacerations[Mesh]] OR [tongue[tiab] AND lacerat*[tiab]] OR tongue injur*[tiab] OR tongue wound*[tiab]] AND [Sutures[Mesh] OR sutur*[tiab] OR repair*[tiab] OR stitch*[tiab] OR "Wound Closure Techniques"[Mesh]].
```

PubMed search 2:

```
["Tongue"[Mesh] AND ["Sutures"[Mesh] OR Suture Techniques[Mesh]]] NOT [(Tongue/injuries[Mesh] OR [Tongue[Mesh] AND Lacerations[Mesh]] OR [tongue[-tiab] AND lacerat*[tiab]] OR tongue injur*[tiab] OR tongue wound*[tiab]) AND [Sutures[Mesh] OR sutur*[tiab] OR repair*[tiab] OR stitch*[tiab] OR "Wound Closure Techniques"[Mesh]]].
```

Bij beide PubMed searches bekeken we eveneens de literatuur van de gevonden artikelen.

Op Google Scholar zochten we op: tongue lacerations suture. Ook keken we op Google Scholar naar de artikelen die de gevonden PubMed-artikelen citeerden. Artikelen in andere talen dan Nederlands, Engels, Frans of Duits hebben we geëxcludeerd.

LITERATUUR

1. Van Ooij B, Twiss E. 'Verborgen' scheur in de tong. Med Contact 12 juni 2013.
2. Benbadis SR. Tongue biting as a lateralizing sign in partial epilepsy. *Seizure* 1996;5:175-6.
3. Das UM, Gadicherla P. Lacerated tongue injury in children. *Int J Clin Pediatr Dent* 2008;1:39-41.
4. Lamell CW, Fraone G, Casamassimo PS, Wilson S. Presenting characteristics and treatment outcomes for tongue lacerations in children. *Pediatr Dent* 1999;21:34-8.
5. Jasper J, Losh G. Evaluation and repair of tongue lacerations. *Uptodate.com*.
6. Sluiter A, Rutten M. ABCDE, wat kun je ermee? *Huisarts Wet* 2018;61:72-4.
7. Michelle S, Letizia MS, Georg S, Clemens S. Tongue lacerations in children: to suture or not? *Swiss Med Wkly* 2018;148:w14683.
8. Consensus meeting kno-heelkunde over tonglaceraties, 29 augustus 2019, Universitair Ziekenhuis Gent, België.
9. Timmers B, Sollie A. Apptip Siilo. *Huisarts Wet* 2019;62:70.

Keurlings PAJ, Rutten MH, Van Orsouw LRC, Xi T, Van den Borne SCF. Een wond van de tong, wel of niet hechten? *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0523-y.
Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts en universitair docent, Pim.Keurlings@radboud-umc.nl. Afdeling Mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie: dr. T. Xi, mondziekten, kaak-, aangezichtschirurg en research coördinator. Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare [IQ healthcare], Nijmegen: dr. M.H. Rutten, kaderhuisarts spoedzorg en senior onderzoeker. Wijkgezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen: L.R.C. van Orsouw, huisarts. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Afdeling Keel-, neus- en oorheelkunde, Nijmegen: dr. S.C.F. van den Borne, kno-arts.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.